

MISE AU POINT SUR LE LYMPHOME DE BURKITT GANGLIONNAIRE

CLARIFICATION ON BURKITT LYMPHOMA GANGLIONARY

OUATTARA B., KOUADIO K.L., KOUAKOU K.R., KOFFI M., HARDING-KABA M.B., AKA G.KF

Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale, CHU Cocody

Correspondance : Pr OUATTARA BAKARY

Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale, CHU Cocody

BP V13 ABIDJAN (RCI), Email: bak_watt@yahoo.fr

RESUME

Introduction : Le lymphome de burkitt constitue le premier cancer de l'enfant en milieu tropical, avec une prédominance des localisations abdominale et maxillo-faciale, dont le traitement est basé essentiellement sur la polychimiothérapie. Les difficultés rencontrées dans la prise en charge des localisations ganglionnaires, ont suscité ce travail.

Matériel et méthode : Nous avons fait une revue de la littérature sur les articles en rapport avec le lymphome de Burkitt. Chaque article devait aborder au moins un aspect portant sur l'épidémiologie, l'atteinte ganglionnaire et le traitement. Nous avons également pris en compte notre propre expérience dans la prise des lymphomes de Burkit à localisation ganglionnaire

Résultats : Nous avons retenu 12 articles parus dans des revues spécialisées. Notre expérience a porté sur 3 cas cliniques avec 2 interventions chirurgicales en plus de la chiomiotherapie

Discussion : Ces résultats nous amène à discuter les difficultés de la prise en charge de cette forme clinique, étant donné que le lymphome de Burkitt est un cancer chimiosensible.

MOTS CLÉS: LYMPHOME DE BURKITT, GANGLION, TRAITEMENT

SUMMARY

Introduction : Burkitt lymphoma is the child's first cancer in tropical environment, with a predominance of abdominal and maxillo – facial localization, whose treatment is essentially based on the polychemotherapy. This work caused by the difficulties on the treatment of the ganglionic localization.

Material and method : We made a review of the literature on articles in relation with the Burkitt lymphoma. Every article had to approach at least one aspect on epidemiology, ganglionic localization and the treatment. We also took in account our own experience in the treatment of Burkitt lymphoma ganglionic

Results: We kept 12 articles appeared in the specialized magazine . Our experience was about 3 clinical cases, with 2 surgical intervention in addition with the chemotherapy.

Discussion : These results bring us to discuss difficulties on the treatment of this clinical form, since Burkitt lymphoma is sensitive to chemotherapy

KEYWORDS: BURKITT LYMPHOMA, GANGLION, TREATMENT

INTRODUCTION

Le lymphome de Burkitt est un hématosarcome de type lymphoblastique, caractérisé par la prolifération monoclonale de lymphocytes B ^[1]. Il s'agit d'une affection cosmopolite avec une nette prédominance dans le milieu tropical dans une zone appelée la ceinture de Burkitt entre 10° latitude nord et 15° latitude sud (2,3). Cette zone est caractérisée par la présence de cofacteurs dont le paludisme, impliqués dans la genèse de cette affection.

Le lymphome de BURKITT est le premier cancer de l'enfant en Côte d'Ivoire ^[4] avec une nette prédominance des formes abdominales suivies des formes maxillo-faciales. C'est un cancer très chimio sensible et dont le traitement est basé actuellement sur la polychimiothérapie essentielle avec guérison des patients dans 80% des cas ^[4]. Cependant, certaines formes topographiques réalisant des tableaux d'urgence, nécessitent un recours à la chirurgie ^[5].

Notre expérience a porté sur 3 cas cliniques de récurrence après chimiothérapie, dont 2 avec une évolution favorable à court terme, secondaire à un acte chirurgical complémentaire. En plus des données de la littérature, ces faits cliniques ont suscités ce travail qui avait pour objectif de faire le point sur la prise en charge du lymphome de Burkitt ganglionnaire.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons fait une revue de la littérature sur les articles en rapport avec le lymphome de Burkitt. Chaque article devait aborder au moins un aspect portant sur l'épidémiologie, l'atteinte ganglionnaire et le traitement.

Nous avons également pris en compte notre propre expérience dans la prise des lymphomes de Burkitt à localisation ganglionnaire. A cet effet, les archives ont été consultées pour sortir les dossiers en rapport avec le sujet de l'étude.

RESULTATS

Nous avons retenu 12 articles parus dans des revues spécialisées :

- 2 articles ont abordé l'aspect épidémiologique du lymphome de Burkitt. Tous les auteurs s'accordaient sur l'aspect cosmopolite de cette affection surtout chez les enfants;

- 10 articles ont porté à la fois sur les aspects

topographique ganglionnaire et thérapeutique. Il ressort que les localisations ganglionnaires abdominale et cervicale, réaliseraient des tableaux de compression nécessitant des actes chirurgicaux en urgence en complément de la chimiothérapie.

Notre expérience a porté sur 3 cas cliniques avec 2 interventions chirurgicales en plus de la chimiothérapie :

- un cas d'échec thérapeutique basé essentiellement sur la polychimiothérapie

- deux cas de succès thérapeutique à court terme avec combinaison de la chirurgie à la polychimiothérapie, nos patients ayant été perdus de vue.

DISCUSSION

La localisation ganglionnaire cervicale du lymphome de Burkitt est décrite par plusieurs auteurs ^[5,6]. Il s'agit souvent de localisations secondaires qui régressent avec la chimiothérapie du foyer primaire. Dans notre série, il s'agissait de localisations ganglionnaires cervico faciales primitives, sans autres localisations associées, ce qui est très peu décrit dans la littérature

Le caractère chimiosensible du lymphome de Burkitt est accepté par la plupart des auteurs ^[1,2,4,7] si bien que certains d'entre eux, estiment que la chirurgie n'a pas de place dans la prise en charge de cette affection surtout dans les localisations maxillo-faciales ^[1]. Par contre, la chirurgie reste de mise et même constitue un acte urgent devant les complications de compression neuro méningée ^[8] et aussi intra abdominale ^[9]. Il faut cependant associer au geste chirurgical une polychimiothérapie pour éradiquer toutes les cellules malignes locorégionales et en circulation. Le lymphome de Burkitt est un hématosarcome donc une maladie générale, même si plusieurs cas d'échec de la chimiothérapie sont décrits ^[10].

Concernant le traitement de nos patients, contrairement aux formes abdominales et méningées, la chirurgie est intervenue en fin du traitement d'attaque, et cela lorsque nous avons obtenu une fonte considérable de la masse tumorale avec la polychimiothérapie, jusqu'à la persistance d'un noyau ganglionnaire résiduel. Concernant le premier patient, à la fin du traitement d'attaque, il est sorti de l'hôpital avec le ganglion résiduel dont nous espérions une involution progressive et totale durant le traitement d'entretien. Malheureusement il y a eu la récurrence

à partir de ce noyau ganglionnaire. Pour les deux derniers patients, l'exérèse du ganglion résiduel en fin du traitement d'attaque, a permis une évolution favorable durant le traitement d'entretien sans récurrence. Cette récurrence à partir des noyaux ganglionnaires résiduels s'explique par le fait de la persistance des cellules de Burkitt dans ces adénopathies, comme en témoigne l'examen histologique du ganglion résiduel du troisième patient. Nous pensons que les antimitotiques ne parviennent plus à pénétrer ces adénopathies dont la texture a été modifiée par l'infiltration tumorale entraînant ainsi une mauvaise vascularisation. Les ganglions sont normalement vascularisés par un pédicule vasculaire unique arrivant et partant par le hile ^[11] dont la destruction par la tumeur, entraîne forcément un déficit de vascularisation. Ces faits expliquent donc l'inaction des antimitotiques qui agissent par voie sanguine. Les localisations ganglionnaires primitives du lymphome de Burkitt semblent avoir une réponse différente face à la chimiothérapie par rapport aux localisations secondaires. En effet, si les formes secondaires disparaissent totalement avec le traitement du foyer primaire, les formes primitives donnent des noyaux résiduels après le traitement d'attaque. Cela constitue toute la difficulté du traitement, car il faut recourir à la chirurgie qui a non seulement un coût, mais peut être délicate sur un terrain débilisé par les antimitotiques et aussi le risque de lésion des gros vaisseaux du cou. Abdelah et al ^[12] ont signalé des ganglions résiduels abdominaux après chimiothérapie et qui ont fait l'objet d'exérèse chirurgicale avant la poursuite des antimitotiques.

Au terme de cette analyse, il ressort que tous les auteurs s'accordent sur le caractère chimiosensible du lymphome de Burkitt. Mais, force est de reconnaître la nécessité de la chirurgie devant les localisations ganglionnaires de cette affection, à cause des risques de récurrence à partir des noyaux résiduels après la chimiothérapie.

REFERENCES

- 1- VILASCO J, MANASSE K, GADEGBEKU S, LOUBIERE R. La maladie de BURKITT en Côte d'Ivoire. Considérations thérapeutiques et problèmes de survie. *Chirurgie, Masson, Paris* 1979,105,788-94.
- 2- RAFARAMINO F., MAMINIRINA RAM., RAZAFINDRABE JAB., RAHARIJOANA L., RANDRIAMAMPANDRY A., RAKOTOBE P. Aspects épidémiologiques du lymphome de Burkitt de l'enfant à Madagascar. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 2001, 94, 385-388.
- 3- RAFARAMINO ET COLL. Le lymphome de Burkitt de l'enfant à Madagascar. Formes anatomo-cliniques, aspects thérapeutiques et évolutifs. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 2001, 94, 389-393.
- 4- GADEGBEKU S, KOUTOUAN A, ANGOH Y, ASSA A, BOUILLET D.N., ADOU A, CREZOIT GE, AKA G. VILASCO J. La maladie de BURKITT en Côte d'Ivoire en 1988. *Rev. Stomatol. Chir Maxillofac*, 1990,91, suppl 1: 39-41.
- 5- OUOBA K., DAO M., SANO D., GUIGMA Y., AKANDE S., KABRE M., BOURGAREL, SANOU A., SOUDRE B.R., BEUTTER P. Les cancers ORL et cervicofaciaux au Burkina Fasso. *Méd. Afr. Noire*, 1997,44,(8),452-456.
- 6- B. YEHOUESSI-VIGNIKIN, S. J. VODOUHE, C. DOUTETIEN, M. T. H. AKELE-AKPO, E. C. KOUTHON, G. ADE, L. AIHOUNZONOU, R. ADAHE, Y. Y. C. HOUNKPE, A. L. P. MEDJI. Les cancers ORL et cervicofaciaux chez l'enfant à propos de 14 cas en ORL au CNHU de Cotonou (1991-1997). *Le Bénin Méd.* 2000, 14, 24-28.
- 7- MARCOTTE A. Treatment of Burkitt lymphoma during pregnancy. *The annals of pharmacotherapy*. Vol. 40, N° 11, 2006, pp 2048-2052.
- 8- SES E ; N'DRI OKA D ; VARLET G ; KOFFI K ; BONI N.R ; BA ZEZE V. Compression médullaire par lymphome de Burkitt: analyse de 7 observations. *Rev. Neuro-chir.* 2001, vol.47, n°6, pp.552-556.
- 9- ABBASOGLU L. ET COLL. The role of surgery in intra abdominal Burkitt's lymphoma in children. *Eur J Pediatr Surg*; 2003; 13; 236-239.
- 10- MAGNE N. ET COLL. Syndrome de Guillain-Barré et lymphome non hodgkinien. A partir d'une observation et revue de la littérature. *Rev Med Brux* 2005; 26 : 108-112.
- 11- MONNET O, COHEN F, LECORROLLER T, VIDAL V, JACQUIER A, GAUBERT JY, BARTOLI JM, MOULIN G. Adénopathies cervicales. *J. de Radiologie*, 2008, 89, 7-8-C2, pp1020-1036
- 12- MADANI A., BENHMIDDOUNE L., ZAFAD S., HARIF M'H., QUESSAR A., BENCHEKROUN S.. Traitement du lymphome de Burkitt de l'enfant par le protocole LMB89 à Casablanca. *Bull. du Cancer*, 2005, 92, (2), 193-8.